

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 115

DE LA RÉSECTION
DU
NERF AURICULO-TEMPORAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Avril 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BAUMONT

Né à Pont-sur-Tille (Côte-d'Or), le 1^{er} août 1888.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 115

DE LA RÉSECTION
DU
NERF AURICULO-TEMPORAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Avril 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Albert BAUMONT

Né à Pont-sur-Tille (Côte-d'Or), le 1^{er} août 1888.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène :	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X. ,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	CÔTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VALLAS, *Président*; ROCHET, *Assesseur*;
MM. LERICHE et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

*Auxquels je dois tout, je dédie ce modeste
travail, faible témoignage de respectueuse
affection et de profonde reconnaissance.*

A MON GRAND'PÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Ancien Chirurgien major de l'Hôtel-Dieu,
Professeur de pathologie externe.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

*Nous le remercions de nous avoir donné
l'idée de ce travail. Qu'il reçoive ici l'ex-
pression de toute notre reconnaissance
et l'assurance de notre vive gratitude.*

A TOUS MES MAÎTRES

**de la Faculté de Médecine de Lyon
et de l'École de Dijon**

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Université, et d'entrer dans une vie nouvelle, qu'il nous soit permis de remercier ceux qui, pendant nos années d'étudiant, nous ont initié et guidé dans nos études :

A nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Dijon, que nous remercions du bienveillant accueil qu'il nous firent toujours, en nous donnant les premières notions de l'art médical ;

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon ;

A M. le professeur VALLAS, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien nous permettre de lui présenter ici tous nos remerciements et de lui exprimer toute notre reconnaissance ;

A M. le professeur agrégé LERICHE, qui nous a toujours accueilli avec sympathie et nous a donné l'idée de ce travail, en nous fournissant tous les renseignements utiles à sa confection.

DE LA RÉSECTION

DU

NERF AURICULO - TEMPORAL

INTRODUCTION

Au mois de décembre dernier, nous trouvant dans le service de M. le professeur Poncet, nous eûmes l'occasion de voir M. le professeur agrégé Leriche pratiquer l'arrachement du nerf auriculo-temporal, en vue de guérir une fistule parotidienne consécutive à une plaie par instrument tranchant. Cette opération n'ayant jamais été mentionnée, et frappé de la facilité avec laquelle on obtenait la guérison de fistules qui, la plupart du temps, sont rebelles aux nombreux traitements qu'on leur a institués, nous crûmes bon à l'occasion de notre thèse inaugurale, de relater la section de ce nerf que M. Leriche a d'abord pratiquée dans un cas de fistule du canal de Sténon, puis dans un cas d'aérophagie sialophagique et dans un cas de salivation réflexe.

Nous ferons donc dans un premier chapitre l'ana-

tomie et la physiologie de l'auriculo-temporal ; dans un second chapitre, la manière de le réséquer et de l'arracher et nous étudierons les diverses applications de la méthode :

- a) *aux fistules du canal de Sténon ;*
 - b) *aux cas d'aérophagie sialophagique ;*
 - c) *aux cas de salivation réflexe.*
-

CHAPITRE PREMIER

LE NERF AURICULO-TEMPORAL. — SON ANATOMIE SA. PHYSIOLOGIE

Nous allons tout d'abord décrire le nerf auriculo-temporal, que nous avons étudié à l'amphithéâtre, sur diverses pièces anatomiques. disséquées en collaboration avec M. Aigrot, interne des hôpitaux et professeur à la Faculté.

Naissant de la partie postérieure du nerf maxillaire inférieur, par deux ou plusieurs racines embrassant l'artère méningée moyenne, l'auriculo-temporal se dirige d'avant en arrière et de dedans en dehors, arrive vers le col du condyle qu'il cravate étroitement en pénétrant obliquement dans la parotide, à laquelle il est fixé par des tractus conjonctifs. Puis, se relevant brusquement, il monte en avant du conduit auditif externe, après avoir croisé l'artère et la veine temporale superficielle. Il se place sur la face antérieure de l'artère, qui elle-même est située en arrière et légèrement en dehors de la veine. Il chemine alors dans une gaine fibreuse, qui rend sa découverte et son isolement difficiles.

Plus haut, on le voit se bifurquer et aller se distribuer à la peau de la région temporale.

RAMEAUX COLLATÉRAUX

1° De la naissance du nerf à son entrée dans la parotide. — On voit *un ou deux filets* qui naissent des racines de l'auriculo-temporal entourant l'artère méningée moyenne et allant au ganglion otique.

Des *filets vasculaires* allant à la méningée et la maxillaire interne, et qui renferment le plexus sympathique périartériel.

Des *filets sans importance* pour le dentaire inférieur et l'articulation temporo-maxillaire.

2° Dans son trajet parotidien. — En arrière du col du condyle naissent *plusieurs filets* qui se divisent obliquement en dehors et en bas et s'unissent souvent ensemble pour former un plexus à deux ou trois mailles ; de ce plexus partent les *filets parotidiens*, ce sont les filets sécréteurs. D'autres vont au lobule de l'oreille, d'autres à l'articulation temporo-maxillaire.

Près du bord externe et postérieur du condyle, de *nombreux filets anastomotiques avec le facial*.

Un *rameau anastomotique* pour le plexus sympathique entourant la carotide externe et ses deux branches terminales. Ce filet paraît être celui découvert par Claude Bernard dans ses expériences sur le chien, et ce serait lui qui aurait agi efficacement sur la glande. D'après les diverses dissections faites, M. Aigrot

l'a rencontré plus ou moins haut, dans un cas près de la bifurcation de la carotide externe, dans un autre près de l'arcade zygomatique et descendant sur l'artère temporale superficielle, d'autres fois au niveau du bord supérieur du tragus allant jusqu'à la bifurcation de la carotide externe.

La variabilité de sa naissance a une importance capitale, si on l'assimile au filet découvert par Claude Bernard. En effet, si ce filet abandonne l'auriculo-temporal, après que celui-ci est entré dans la glande, la section du nerf au niveau du bord postérieur du condyle sera suffisante ; tandis que s'il l'abandonne avant d'entrer dans la parotide, la section n'aura pas d'effet, et les cas avec insuccès seront dus à la résection qui n'aura pas porté assez loin.

3° Dans son trajet temporal. — L'auriculo-temporal se divise en de nombreux filets qui vont à la peau des tempes et à la région pariétale.

En résumé, l'auriculo-temporal émettrait ses filets sécréteurs, dans sa portion parotidienne derrière le condyle, par un plexus ou des branches séparées et peut-être par un filet vasculaire de naissance variable qui serait l'homologue de celui que Claude Bernard a trouvé chez le chien.

Physiologie. — Jusqu'à Claude Bernard, aucun physiologiste n'avait pu déterminer le nerf régulateur de la parotide. Ce dernier étudia alors d'une façon complète les diverses sécrétions et montra le rôle que joue le système nerveux dans l'accomplissement des

fonctions salivaires et en particulier le rôle de l'auriculo-temporal dans la sécrétion parotidienne.

D'après l'anatomie, dit-il, il semblerait que ce rôle soit dévolu au facial, puisqu'un grand nombre de ramifications traversent la glande et que d'autres s'y épuisent.

Après avoir sectionné le facial, à différentes hauteurs, et excité le bout périphérique, chez un chien, il n'aperçut aucune modification dans la sécrétion de la glande. Donc le nerf facial n'était pas le nerf sécréteur de la parotide.

Pour arriver à découvrir ce nerf, Claude Bernard disséqua la parotide sur un animal vivant en ayant soin de ne pas intéresser les gros vaisseaux pour ne pas troubler les fonctions de la glande. Après section de tous les nerfs, qu'il mettait à découvert, il regardait si les fonctions de la glande étaient modifiées, en versant quelques gouttes de vinaigre dans la bouche de l'animal ce qui provoquait l'écoulement de la salive. Après avoir sectionné toutes les ramifications du facial, il n'obtint pas de résultat, ce n'est qu'après la section d'un mince filet nerveux de l'auriculo-temporal que la sécrétion parotidienne fut tarie.

D'autres expériences lui ont montré que ce filet sécréteur n'était autre qu'une des branches anastomotiques avec le facial et le nerf auriculo-temporal superficiel. Au niveau du col du condyle, ce nerf fournissait une branche qui, suivant le trajet de la maxillaire interne, en sens inverse du cours du sang, pénétrait dans la parotide. Cette branche se divisait ensuite en un véritable plexus qui était excito-sécréteur pour la glande.

Il démontra aussi, par sections successives et étagées, et excitations immédiates, que le petit nerf pétreux profond contient les éléments sécréteurs, en éliminant le rôle du grand pétreux profond, qui se rend au ganglion de Meckel, et de la corde du tympan, nerf sécréteur de la sous-maxillaire.

Il semblait paradoxal de penser que l'auriculo-temporal, ne traversant la glande que sur une faible partie, pouvait provoquer la sécrétion, et il était naturel aussi de penser que le plexus périvasculaire du grand sympathique avait un rôle actif. Pour Claude Bernard, il diminuerait la sécrétion par vaso-constriction des vaisseaux.

Langley, au contraire, prétend que le sympathique contiendrait les filets sécréteurs.

Morat, de Lyon, découvre l'origine vraie des filets moteurs, en excitant le glosso-pharyngien dans le crâne et le nerf de Jacobson. Ainsi il provoque la sécrétion, et par l'excitation du sympathique du même côté, arrête la sécrétion parotidienne. Donc le sympathique ne joue qu'un rôle d'arrêt.

Moussu, par recherches sur divers animaux, montre que le nerf excito-sécréteur est sous la dépendance apparente du nerf maxillaire inférieur.

En somme, l'auriculo-temporal fait sécréter la parotide. L'origine des filets sécréteurs se trouverait dans le glosso-pharyngien : ceux-ci sortiraient par le rameau de Jacobson, s'engageraient dans le petit nerf pétreux superficiel, pour se rendre au ganglion otique, d'où ils sortiraient pour arriver à l'auriculo-temporal.

CHAPITRE II

MANIÈRE D'ARRACHER ET DE RÉSÉQUER L'AURICULO-TEMPORAL

On découvre le nerf auriculo-temporal en faisant une incision verticale perpendiculaire à l'arcade zygomatique, de 1 centimètre au-dessus et au-dessous de cette dernière, entre le tragus et l'arcade zygomatique.

On le découvre généralement dans une sorte de gaine fibreuse, placé sur la face antérieure de l'artère temporale superficielle, qui elle-même est située en arrière et légèrement en dehors de la veine. Si on ne le découvre pas, on peut alors rechercher plus haut un filet périphérique, le suivre en descendant pour aboutir au tronc.

Celui-ci atteint, on tire doucement sur le nerf avec une pince hémostatique, selon la méthode de Thiersh, sans aucune secousse, en évitant de trop serrer la pince, ce qui pourrait occasionner la section par écrasement du nerf; il vient ainsi assez facilement; lorsque l'on en a obtenu environ 3 centimètres à partir de sa bifurcation, on éprouve une certaine résistance due à

la cloison interne qui le retient, on la refoule avec une sonde cannelée, le nerf s'allonge encore. On le saisit toujours de plus en plus loin avec une pince à mors plats, et en tirant lentement, celui-ci finit par céder.

Mais il était intéressant de savoir si, en pratiquant cette section par l'arrachement du bout central, on arrivait à enlever une longueur de nerf suffisante pour arracher en même temps les filets nerveux qui vont se distribuer à la parotide et, par suite, détruire sa sécrétion. Or, sur différents nerfs arrachés, nous en avons tiré une longueur de 3 ou 4 centimètres, ce qui portait la destruction nerveuse aux environs des bifurcations du nerf, au moment où ses branches nerveuses entourent l'artère méningée moyenne.

En effet, par traction sur le bout central du nerf, le col du condyle semble agir comme poulie de réflexion et l'arrachement se ferait au point de moindre résistance, qui se trouverait à l'union de la branche de l'auriculo-temporal et de ses bifurcations entourant la méningée moyenne. C'est ce qui a été prouvé par la recherche du point de rupture.

Tous les filets nerveux servant à la sécrétion de la glande seraient ainsi détruits, et celle-ci s'atrophierait progressivement.

CHAPITRE III

LES FISTULES DU CANAL DE STÉNON

LEURS DIVERS TRAITEMENTS

APPLICATION DE L'ARRACHEMENT DE L'AURICULO-TEMPORAL

Depuis 1660, lorsque Sténon découvrit le conduit excréteur de la parotide, on employa de nombreux traitements aux fistules de ce canal, et tous, sauf ceux qui s'appliquent à dériver le cours de la salive, essayèrent de tarir cette sécrétion par diverses méthodes agissant directement sur le canal ou sur la glande parotide elle-même. Or, on sait, depuis les célèbres expériences de Claude Bernard, que la salive parotidienne est sécrétée sous l'influence du nerf auriculo-temporal, de sorte que l'on devait songer à tarir ces sécrétions en sectionnant ce nerf, et en empêchant ainsi l'influx nerveux d'aller jusqu'à la glande pour amener la sécrétion salivaire. La fistule, une fois tarie, serait ainsi réduite à une plaie et la cicatrisation très facilement obtenue.

Déjà Claude Bernard, dans une de ces leçons magistrales sur l'innervation sécrétrice de la parotide et de la sous-maxillaire, disait : « Des considérations dans les-

« quelles nous venons d'entrer, résulte un fait qui, au point de vue pathologique, n'est pas sans intérêt. Je veux parler de l'influence possible du système nerveux sur la persistance des fistules salivaires. » Mais aucun mode de traitement employé jusqu'à maintenant n'a essayé de détruire cette sécrétion en s'adressant directement à l'auriculo-temporal.

Les fistules du canal de Sténon et leurs divers traitements.

Les fistules du canal de Sténon consistent en une communication anormale du canal avec l'extérieur au niveau des téguments voisins, sa partie buccale étant restée perméable ou s'étant oblitérée.

Étiologie. — Elles succèdent le plus souvent à des traumatismes de la joue : soit traumatismes accidentels (instruments tranchants, éclats de verre, projectiles de guerre, voire même par morsures), soit traumatismes chirurgicaux (ablation d'une tumeur, extraction d'un calcul salivaire, résection du maxillaire, etc.). Elles reconnaissent également pour cause la destruction du canal par un calcul ou tout autre corps étranger ; ainsi Dubois a observé une fistule du canal de Sténon, due à la présence d'une arête de poisson à l'intérieur de ce canal. Elles peuvent encore provenir d'une perte de substance de la région, par ulcérations diverses syphilitiques ou scrofuleuses de la joue ou par une brûlure profonde.

Symptomatologie. — L'orifice de la fistule siège, tantôt au niveau du masséter, tantôt au delà du bord antérieur de ce muscle, au niveau du buccinateur.

De même que pour les fistules parotidiennes, on l'aperçoit au fond d'une dépression, perdue au milieu de fongosités ou de tissus cicatriciels. L'écoulement de la salive par cette ouverture est plus considérable que dans les cas de fistules de la glande. Morand cite le cas d'un malade qui était obligé de recevoir la salive s'écoulant de la fistule dans une petite cuvette en forme de bassin à barbe. Le malade d'Helvétius mouillait plusieurs serviettes à chaque repas, et celui de Duphœnix put donner en vingt minutes, au moment des repas, 120 grammes de liquide.

La position de la fistule, l'écoulement continuel de la salive, surtout marqué au moment des repas, la sécheresse de la bouche du côté de la lésion, résultant de la suppression de l'écoulement par l'orifice buccal, enfin l'exploration directe, assurent le diagnostic.

Historique. — Les fistules du canal de Sténon ont suscité de tout temps de nombreux traitements; la multiplicité de ces procédés opératoires prouve qu'aucun d'eux n'assure une guérison certaine. Aussi nous paraît-il bon, tout d'abord, de faire l'historique de la question, et de voir quels sont les traitements que l'on a institués jusqu'à ce jour.

Avant Sténon, les anciens, ne connaissant pas l'origine de la sécrétion fistuleuse, employèrent de nombreuses méthodes.

a) *La cautérisation* a joui autrefois d'un grand

succès. Par l'application d'un emplâtre cathérétique, Gallien a obtenu une guérison; Ambroise Paré employa les cautérisations à l'eau-forte et à la poudre de vitriol brûlé. Roonhuijsen (1668) dit que l'emplâtre à la résine de pin peut donner d'excellents résultats. Munniks (1721) dit avoir eu succès complet avec la poudre sèche d'os. Enfin, les topiques, soit dessiccatifs, soit caustiques (poudre de vitriol brûlé, nitrate d'argent, résine de pin sous forme d'emplâtres) furent employés. Mais il est probable que les succès obtenus par ces méthodes doivent être reportés à des fistules parotidiennes; rien d'étonnant, alors, à ce que la salive, l'orifice de la fistule étant oblitéré, pût de nouveau trouver une issue par le canal de Sténon resté perméable.

En effet, dans diverses observations de fistules guéries par ce procédé : Hergott (thèse de Strasbourg, 1872); D^r Lombard (*Gazette des Hôpitaux*, 1855); dans l'observation du D^r Ravenel (*Annales médicales de la Suisse romande*, 1883) et celle de Guder (*Annales médicales de la Suisse romande*, 1889), le bout périphérique du canal était perméable.

b) *Les agglutinatifs*. — Rodolphi les a employés (*Gazette médicale*, Paris, 1859); il obtint en huit jours, à l'aide du collodion, la fermeture d'une fistule récente du canal, consécutive à l'ablation d'une tumeur de la face. De même, succès analogue pour Champouillon et Thornley Stokes (Thornley Stokes, *Dublin Journal of medical Sciences*, janvier 1883), qui guérèrent par emplâtres agglutinatifs une fistule du canal de Sténon consécutive à l'ablation d'un épithélioma de la face.

Mais, dans toutes ces observations, la partie antérieure du canal de Sténon n'était pas oblitérée ni même rétrécie.

c) *Par sutures* qui consistent en réunion des bords de la fistule après avivement et cautérisation ; il est nécessaire que la plaie soit récente, sans quoi la suture ne prend pas ; de plus, il faut employer la compression pour diminuer le débit de la salive qui empêcherait la réunion de se faire.

Donc, là, nous avons deux contre-indications : l'état trop ancien de la plaie et le débit de salive trop considérable.

d) *Par autoplastie*. — Bérard (*Gazette des Hôpitaux*, 1846) est le premier qui ait eu recours à ce procédé dans le cas de perte de substance. La manière d'opérer est la suivante. On établit d'abord artificiellement la continuité du canal détruit ; pour cela, une canule en argent est introduite par l'entrée buccale du canal de Sténon et ressort par l'ouverture externe du bout antérieur, puis s'enfonce à nouveau dans l'orifice du bout glandulaire.

Au bout de quelques jours, on recouvre, au moyen d'un lambeau taillé dans le voisinage de la plaie, le point de la joue privé de ces téguments et où la canule est visible. Au bout d'un temps plus ou moins long, quand on pense que le canal a eu le temps de se former autour du corps étranger, on retire la canule avec précaution et la guérison est obtenue.

Ce procédé ingénieux présente un inconvénient, c'est qu'il faut que la réunion des deux bouts sectionnés du canal soit complète, car le moindre point où la

canalisation n'aurait pas lieu exposerait à un échec.

e) *Par compression* exercée, soit entre la fistule et la glande, soit sur la fistule, soit sur la glande elle-même. Dans le premier cas, Maisonneuve (*Mémoire de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1762) réussit à opérer la cicatrisation de l'orifice fistuleux, chez un cavalier qui avait reçu un coup de sabre à la joue, en empêchant la salive d'arriver sur cet orifice.

Duphœnix rapporte dans les *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie* qu'ayant employé ce moyen, il vit suinter la salive pendant la mastication à travers la peau de la région parotidienne; craignant alors la production de phénomènes inflammatoires, il cessa le traitement.

La compression exercée sur la fistule n'a jamais donné de bons résultats. Louis, en ayant tenté l'emploi, a abandonné ce mode de traitement.

Une forte compression, outre qu'elle est difficile, nous paraît inefficace, et, de plus, elle est assez douloureuse. Il semble qu'employée seule elle n'arrive pas à donner les résultats qu'en attendaient les chirurgiens qui en préconisèrent l'emploi.

En résumé, toutes ces variétés de traitements sont susceptibles de guérir certaines fistules du canal de Sténon, mais dans beaucoup de cas elles échouent.

DE LA DÉRIVATION SALIVAIRE

Les chirurgiens, ne trouvant pas, dans ces diverses méthodes, un remède certain pour la guérison de ces fistules, cherchèrent à détourner l'écoulement salivaire

afin de permettre une cicatrisation beaucoup plus facile de l'orifice fistuleux.

Les uns pratiquèrent alors la dérivation salivaire naturelle ; les autres la dérivation salivaire artificielle.

I. — De la dérivation salivaire naturelle.

a) *Procédé du séton*. — Ce fut le procédé employé par Louis (*Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1762) et Morand (*Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1762). Louis faisait pénétrer par l'orifice buccal du canal de Sténon un stylet très fin et le faisait ressortir par l'orifice fistuleux. Ce stylet amenait à sa suite un fil à l'extrémité duquel on attachait chaque jour un autre fil de plus grand diamètre pour obtenir une dilatation suffisante du canal ; la dilatation ainsi obtenue, Louis coupait le séton au ras de la joue, le retirait de quelques millimètres dans le canal et laissait l'orifice fistuleux se fermer seul.

Morand, en employant ce procédé, réussit à guérir une fistule, mais il n'augmentait pas le volume du séton. Malgré ces quelques succès, le procédé du séton ne fut jamais bien en vogue.

b) *Procédé de la canule*. — Préconisé par Bérard (*Gazette des Hôpitaux*, 15 août 1846), nous l'avons déjà décrit précédemment, car il se confond avec celui de l'occlusion simple de l'orifice fistuleux par autoplastie.

II. — Dérivation salivaire artificielle.

C'est la méthode presque exclusivement employée

de nos jours. En effet, le bout antérieur du canal de Sténon étant oblitéré, la salive ne pouvant alors emprunter à nouveau cette voie naturelle, on songea à la remplacer par un nouveau conduit permettant l'écoulement de la salive dans la bouche. Ce fut Deroy, chirurgien français, qui eut l'idée de mettre en pratique ce traitement.

Cette méthode comprend trois procédés :

A. — Procédé de la ponction unique ;

B. — Procédé de l'isolement du canal ;

C. — Procédé de la double ponction.

A. — PROCÉDÉ DE LA PONCTION UNIQUE

a) *Par le séton.* — Avec un fer rouge, Deroy traversa la joue de part en part au niveau de l'orifice fistuleux. La plaie extérieure se cicatrisa tandis que l'ouverture interne persistant laissa écouler la salive dans la bouche. Pratiqué de cette façon, il semble que Deroy fut secondé par un hasard heureux, car en effet on ne conçoit pas pourquoi l'orifice interne, de même calibre que l'orifice externe, se soit cicatrisé plus tôt que ce dernier. Il est vraisemblable qu'il a dû favoriser la cicatrisation de la partie externe par un des moyens indiqués auparavant.

Ce procédé fut alors modifié par Monro, qui perfora la joue au niveau de la fistule et introduisit dans le nouveau trajet un séton pour déterminer la formation d'un nouveau canal. Ce canal établi, il enleva le séton. La plaie extérieure se cicatrisa ; mais, là encore, il fut favorisé, car le cordonnet de soie qui s'opposait à

la cicatrisation du trajet devait s'opposer également à la cicatrisation de l'orifice fistuleux externe. Il est probable qu'il devait pratiquer la cautérisation.

Larrey modifia encore le procédé en pratiquant une ouverture oblique, avec un trocart, de la fistule vers la bouche, et en laissant à demeure une bandelette de linge dont l'extrémité externe était située au-dessous de l'orifice de la fistule. Les bords de cet orifice étaient réunis et après la cicatrisation on enlevait le séton. J.-L. Petit, Percy, Desault, apportèrent encore à la méthode quelques modifications de détails.

b) *Par la canule.* — Duphœnix perça la joue de dehors en dedans et d'arrière en avant ; dans la portion buccale du canal il plaça une canule de plomb et ferma la plaie extérieure par une suture entortillée. Après seize jours, la canule restant en place, la guérison fut obtenue.

La canule ainsi placée paraissant peu stable, Atti en modifia la technique par une canule en plomb percée de trous, dont l'extrémité interne était divisée en branches qu'on écartait. Il attirait, d'autre part, l'extrémité postérieure en dehors par un fil qu'il attachait à l'oreille. Il laissait la fermeture s'opérer par bourgeonnement et à ce moment coupait le fil.

Pozzi, en 1882, incise également la joue et glisse un drain de caoutchouc qu'il laisse en place trois jours. Selon lui, l'occlusion cutanée se fait plus rapidement que du côté muqueux.

Richelot, en 1883, dans une communication à la Société de Médecine, indiqua un autre procédé. Perçant la joue au niveau de la fistule, en arrière, en un endroit

situé hors du cours de la salive, il y plaça d'abord un fil provisoire ; puis il perfora la joue d'arrière en avant et mit un tube de caoutchouc dont une extrémité sortait par la bouche et l'autre par l'orifice nouvellement créé ; il sutura la fistule. Ce procédé simple, consistant dans l'ouverture d'une seconde fistule externe, échoue très souvent.

B. — PROCÉDÉ DE L'ISOLEMENT DU CANAL

En 1831, Langenbeck, de Berlin, trouve une autre méthode. Par une dissection minutieuse, il isole la portion postérieure du canal de Sténon, perfore la joue et replie celui-ci, qu'il introduit par son extrémité libre dans l'orifice buccal nouvellement créé ; puis il ferme la plaie par une suture entortillée.

Riberi perfore la joue, en sectionnant le canal, au niveau de la fistule, puis cherche le bout parotidien, le lie et le porte dans la bouche.

Delore, de Lyon, en 1869, introduit une sonde cannelée dans le bout du canal parotidien, fait autour de la fistule une incision en V et dissèque le bout postérieur, il remplace alors la sonde cannelée par une sonde en gomme, perfore la joue et amène l'extrémité libre de la sonde dans la bouche, puis il ferme l'orifice externe.

Ce procédé de l'isolement du canal demande une condition : c'est que le bout parotidien soit assez long pour que l'on puisse le recourber dans la bouche ; il pourra donc facilement s'appliquer aux fistules siégeant sur le buccinateur.

C. — PROCÉDÉ DE LA DOUBLE PONCTION

Il fut imaginé par Deguise en 1811. Il perça d'abord la joue d'avant en arrière et de dehors en dedans, de l'orifice fistuleux à la bouche en passant par la portion postérieure du canal ; y introduisit un fil de plomb, puis perça à nouveau la joue d'arrière en avant, toujours au niveau de la fistule et introduisit l'extrémité externe du fil de plomb de tout à l'heure qui forma ainsi une anse dans l'épaisseur de la joue. Les extrémités du fil furent recourbées sur elles-mêmes pour prévenir le déplacement. Il ferma la fistule par une suture entortillée.

Béclard, Croserio, Gosselin, Malgaigne, Le Fort en modifièrent plus ou moins la technique.

De l'atrophie de la glande parotide.

Guérir la fistule en supprimant complètement la sécrétion parotidienne fut aussi l'objet de nombreux travaux.

Compression. — Desault essaya de provoquer l'atrophie parotidienne par compression de la glande, mais cette compression ne put être efficace, étant donné que le bord postérieur du maxillaire inférieur, la mastoïde et le sterno-cleido-mastoïdien formaient un plan résistant ne permettant pas d'atteindre complètement la glande par sa face externe.

Ablation. — Resta dans le domaine de la chirurgie

vétérinaire. Intervention trop délicate à cause des rapports dangereux.

Ligature du canal de Sténon. — Tentée par Velpeau et Borel, a donné quelques succès, mais on a peu d'observations.

Oblitération du canal. — Julliard, de Genève (*Annales Médicales de la Suisse romande*, 1883) l'a tentée à l'aide d'une laminaire. Ce procédé est à rejeter à cause des réactions inflammatoires et des fistules secondaires possibles.

Injectons irritantes. — Se basant sur l'expérience que Claude Bernard fit sur le pancréas en injectant de l'huile d'olive dans le conduit pancréatique, de premiers traitements furent tentés avec succès par des vétérinaires sur des chevaux à l'aide de solutions iodées.

Le Dr Mollière, de Lyon, en 1884, appliqua le premier ce traitement aux fistules du canal de Sténon après dilatation de l'orifice parotidien par une laminaire ; il introduisit de l'huile phéniquée, 1 à 2 centimètres cubes en plusieurs fois (pour empêcher la formation des escharres et le gonflement trop considérable de la parotide) et obtint succès (thèse de Tussan, Lyon, 1885).

Partant de ce principe que l'atrophie de la glande est le mode de traitement le plus rationnel, M. le Professeur Leriche a eu l'idée de chercher une méthode qui supprime le rôle salivaire de la glande en détruisant son nerf sécréteur, c'est-à-dire l'auriculo-temporal.

OBSERVATION

Le lundi 22 décembre arrive à la porte un homme qui venait de recevoir un coup de couteau, ayant pénétré dans la joue, en faisant une plaie verticale.

L'hémorragie étant tarie, M. Aigrot n'aperçut rien d'anormal dans la plaie, mit deux points de suture et renvoya le malade chez lui.

Revenant quelques jours après pour l'ablation des fils, il raconta que son pansement était à tout instant traversé, et qu'au moment des repas de l'eau ruisselait de la plaie. On songea alors à une fistule du canal de Sténon et le malade fut reçu dans le service de M. le Professeur Poncet.

La plaie, cicatrisée dans la plus grande partie de son étendue, présentait à son sommet un pertuis par où la salive s'écoulait goutte à goutte. La parotide était légèrement augmentée de volume de ce côté, et une tuméfaction un peu allongée soulevait la joue sur le milieu d'un trajet allant de la commissure labiale au lobule de l'oreille. Lorsque l'on pressait en cet endroit, le liquide apparaissait au pertuis, refluant comme si l'on était en présence d'une poche salivaire, d'un véritable réservoir formé dans la plaie ancienne.

A l'examen, le malade ne ressent aucun trouble, il est simplement gêné par cet écoulement continu à accroissement au moment des repas ; la salive s'écoule en grande abondance pendant toute la durée des mouvements de mastication et cela cesse avec eux presque subitement.

Le 6 janvier 1914, repassant par la cicatrice, M. Leriche va à la recherche du canal de Sténon. Sous la peau, il trouve une cavité limitée par du tissu lardacé, à revêtement lisse et brillant. En bas de cette poche, on voit le canal complètement coupé en deux extrêmement petit, admettant avec peine le stylet de Bowmann. Les deux bouts sont séparés par 1 centimètre environ ; on les amène facilement au contact, mais il est impossible de les coudre, car les surfaces sont trop petites. M. Leriche referme alors la plaie et se met en devoir de découvrir l'auriculo-temporal, pour le sectionner et essayer de tarir la sécrétion parotidienne. Le nerf est découvert en partant d'un de ses rameaux postérieurs ; il est disséqué jusqu'au ras du condyle et le bout central est arraché par la méthode de Thiersh ; il en vient 4 centimètres.

Le soir même, le pansement est sec, mais le lendemain il est mouillé un peu, ainsi que les quatre jours qui suivent ; le flux salivaire est très diminué et ne se manifeste guère qu'au moment des repas, mais lors de la mastication, une faible quantité de salive coule encore hors de la bouche.

L'écoulement ne dure pas. Le cinquième jour, la fistule est tarie et actuellement la guérison est complète.

La sécrétion qui avait succédé à l'opération, durant les quatre premiers jours, n'était qu'une sécrétion paralytique. Certains auteurs expliquent ce fait, par la persistance de l'excitabilité des terminaisons nerveuses, par le sang épanché pendant l'opération, et cette excitabilité dure le temps nécessaire à la dégénérescence.

Il faut attendre environ six jours pour avoir un résultat complet.

Le malade n'est pas gêné par la suppression de cette glande, car les autres sécrètent encore suffisamment. Durant quelques jours, le malade a une zone d'anesthésie dans la région des branches terminales de l'auriculo-temporal ; il a la sensation de quelque chose de gros, ouaté, mais ces troubles disparaissent vite.

CHAPITRE IV

APPLICATION DE LA MÉTHODE A L'AÉROPHAGIE

L'aérophagie est l'habitude que prennent certains sujets de déglutir de l'air atmosphérique. L'air accumulé dans l'estomac est alors expulsé par éructations buccales, ou passe dans l'intestin, d'où il peut être expulsé par l'anus. C'est un phénomène fréquent, qui, très souvent banal, amène dans beaucoup de cas des complications gastriques graves.

Lors des mouvements de déglutition, l'air passant dans l'œsophage, peut être expulsé de suite, ou arrive dans l'estomac. Par l'auscultation l'explosion de ces bulles d'air détermine une série de bruits métalliques à timbre amphorique que l'on peut percevoir très facilement. L'accumulation de cet air dans l'estomac amène celui-ci à se distendre comme si on l'insufflait, et à la percussion on a une sonorité tympanique qui peut s'étendre sur l'intestin, être la cause d'un tympanisme généralisé susceptible de disparaître et de se reproduire rapidement ; c'est ce que l'on observe souvent chez les hystériques.

Puis surviennent des troubles dyspeptiques entraî-

nés et aggravés par l'aérophagie. Le malade est pris de vomissements, diminue son alimentation, maigrit et s'astreint à suivre un régime souvent nuisible.

L'aérophagie est ordinairement considérée comme survenant chez les névropathes, ou comme une forme de l'hystérie.

L'origine de l'aérophagie chez les névropathes, et surtout chez les névropathes dyspeptiques, a été ainsi conçue. Éprouvant après le repas une sensation de gêne gastrique, que les malades attribuent à des gaz distendant l'estomac, ils déglutissent des gorgées successives d'air, jusqu'à ce qu'il se produise, par suite de la tension excessive de leur estomac, une série de renvois qui amènent un soulagement, engageant les malades à recommencer, et c'est ainsi qu'ils deviennent aérophages.

Hayem fait remarquer que souvent ces malades sont atteints de ptyalisme exagéré, les obligeant ainsi à déglutir de l'air en même temps que leur salive, et qu'il semble que l'aérophagie a pour point de départ une sialorrhée accompagnée de sialophagie.

Cette sialorrhée est surtout prononcée au moment de la digestion, et elle n'est pas interrompue durant le sommeil ; si ces malades déglutissent pendant la nuit, ils éprouvent, le matin au réveil, une sensation pénible, accompagnée parfois de nausées, et suivie d'éruptions ou d'un rejet de salive.

On s'est alors demandé pourquoi le flux salivaire serait exagéré. Hayem supposa qu'il provenait d'un réflexe partant des terminaisons stomacales du pneumogastrique. Ce fut Roger qui démontra par l'irrita-

tion de la muqueuse stomacale et œsophagienne que la sécrétion salivaire était due à un réflexe dont le pneumogastrique serait la voie centripète.

On sait aussi que les acides de l'estomac sont sialagogues ; ce qui fit penser que les hyperchlorhydriques à salivation réflexe devenaient aérophages. Mais Hayem démontra que la proportion des hypochlorhydriques et hyperchlorhydriques à hypersalivation était en faveur des premiers, et que, par conséquent, cette hypothèse était fausse.

M. Leriche a cherché si, sous l'effet d'une cause générale, certains individus n'ont pas une excitation générale ou localisée du système sécréteur amenant une hypersalivation comme chez d'autres on peut avoir hyperchlorhydrie ; le fait suivant a tendu à le prouver.

Un malade souffrait de troubles dyspeptiques rappelant l'hyperchlorhydrie. Il s'aperçut que chaque fois qu'il faisait un travail intellectuel exagéré, il avait une véritable crise de pyalisme, et que, déglutissant sa salive, il devenait aérophage. Il n'avalait plus sa salive et vit ses troubles digestifs disparaître.

M. Leriche a donc pensé que par l'énervation des glandes salivaires, il supprimerait ce pyalisme exagéré. Or, la corde du tympan fait sécréter la sous-maxillaire, et l'auriculo-temporal la parotide. La corde du tympan n'étant pas facilement accessible, on peut arriver au même résultat par la section du nerf lingual ; malheureusement cette section entraîne une anesthésie de la partie antérieure de la langue. Mais le résultat est atteint, on a enrayé les troubles dyspeptiques dus à l'aérophagie.

OBSERVATION

Au mois de décembre dernier, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet, un homme de trente-huit ans, qui se plaignait de souffrir, depuis dix ans, de troubles digestifs incessants.

Ces troubles avaient débuté sans cause apparente par des vomissements alimentaires, qui, s'étant aggravés, finirent par lui interdire tout travail.

Examiné successivement par dix médecins, considéré comme un ulcéreux hypersécréteur et mis à des régimes variés, le malade vomissait toujours et, après avoir passé deux ans au lit, maigrit de 28 kilogrammes.

Au premier abord, ce malade paraissait bien, en effet, porteur d'un ulcère, mais il ne présentait aucun signe de sténose, malgré que son estomac fût légèrement dilaté. A la radioscopie, après l'ingestion bismuthée, on vit la poche gazeuse prendre par saccades d'énormes dimensions, puis s'affaisser subitement, en même temps qu'une éructation se produisait. La motricité gastrique était normale et l'évacuation se faisait bien.

Le diagnostic d'aérophagie s'imposait. Interrogé, le malade dit qu'il salivait énormément et qu'il déglutissait sa salive. On put donc reconstituer son histoire et mettre ses troubles digestifs sur le compte d'une aérophagie qui, elle-même, venait de sa sialophagie.

M. Leriche, sous anesthésie à l'éther, réséqua le lin-

gual des deux côtés. en le découvrant dans la bouche contre la dernière molaire et arracha l'auriculo-temporal droit au ras du condyle, cet arrachement de l'auriculo-temporal n'étant fait que d'un côté pour ne pas supprimer complètement la salivation.

Dans la suite la salivation fut très réduite, n'existant plus qu'au moment des repas et se faisant par une seule parotide.

Actuellement, la déglutition d'air a cessé et le malade est très amélioré. Il mange de tout et n'a plus ni vomissements, ni troubles digestifs. Seule, une chose le gêne : c'est l'insensibilité de la langue dans la moitié antérieure ; elle lui paraît lourde et épaisse.

Malgré ce petit inconvénient, le but a été atteint.

CHAPITRE V

APPLICATION DE LA MÉTHODE AUX CAS DE SALIVATION RÉFLEXE

Dans les diverses affections irritant la muqueuse stomacale ou œsophagienne, et principalement dans le cancer de l'œsophage que nous avons en vue dans ce chapitre, le réflexe œsophago-salivaire amène une sécrétion exagérée de salive.

Ce fut Roger qui étudia le premier le mécanisme de ce réflexe. Celui-ci, après anesthésie d'un chien, sectionna l'œsophage et sutura les deux orifices à la peau ; par l'orifice buccal il recueillit la salive et par l'orifice stomacal excita muqueuse. Ayant laissé l'animal se remettre après l'anesthésie pendant vingt-quatre heures, il constata qu'au moindre attouchement de l'œsophage, des mouvements de déglutition nombreux et rapides s'ensuivaient, avec rejet d'une grande quantité de salive.

C'était par un arc réflexe que l'excitation de l'œsophage produisait la sécrétion de la salive. Il attira alors les deux pneumogastriques au dehors, les sectionna, la sécrétion fut tarie ; c'est donc le pneumogastrique qui représente la voie centripète du réflexe.

En résumé, les excitations de l'œsophage retentissent sur le fonctionnement des glandes salivaires. Elles provoquent une abondante sécrétion de liquide que le malade déglutit ou est obligé de rejeter à chaque instant. Or, dans le cancer de l'œsophage, le ptyalisme est souvent assez abondant pour gêner le malade et augmenter sa souffrance. D'ailleurs, le ptyalisme exagéré n'est passans inconvénient. Les éléments salivaires, sans cesse puisés dans le sang, affaiblissent encore considérablement le malade.

Or si, comme dans le cas précédent, on arrache les nerfs sécréteurs de ces glandes, on arrive ainsi à diminuer le flux salivaire. M. Leriche a pratiqué cette intervention sur un malade atteint de cancer de l'œsophage, dont nous rapportons l'observation.

OBSERVATION

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 22 février dernier.

Journalier, âgé de quarante-cinq ans.

Pas d'antécédents personnels ni d'éthylisme.

Pas d'antécédents héréditaires et collatéraux.

Il entre à l'hôpital parce qu'il ne peut plus manger ; tout ce qu'il prend, même les liquides, ne peuvent pas passer et sont renvoyés aussitôt.

Cette dysphagie, dit-il, lui est survenue brusquement vers le 12 novembre dernier, après quarante-huit heures de lassitude. D'abord soigné à l'hôpital de Mâcon, il vient à l'Hôtel-Dieu.

Au mois de décembre, le pain lui produisait des étouffements. Durant le mois de janvier, il buvait un

litre de lait par jour; seuls les liquides pouvaient passer.

A l'examen : Homme très amaigri; les arcades zygomatiques font saillies de chaque côté de la face; les fosses iliaques internes se dessinent.

Le malade a un peu de raucité de la voix.

A la radioscopie, par la bouillie bismuthée, on aperçoit une ombre à la partie thoracique supérieure.

Le malade a une sialorrhée continuelle, il nous dit cracher, par vingt-quatre heures, 4 à 5 cuvettes d'une contenance de 1 litre à 1 litre et demi, ce qui porterait à 6 ou 7 litres le rejet salivaire journalier.

23 février. — M. Alamartine pratique une gastrostomie; depuis ce jour, le malade s'alimente par une sonde plongeant dans son estomac.

Restait toujours cette salivation exagérée.

28 février. — M. Leriche pratique l'arrachement de l'auriculo-temporal à droite et à gauche.

Actuellement, la salivation a considérablement diminué et le malade ne crache presque plus.

Mais non seulement l'œsophage et l'estomac sont capables de provoquer une salivation réflexe, toutes les affections de la bouche, inflammatoires, néoplasiques ou simplement douloureuses, ont de la sialorrhée parmi leurs symptômes. Elle est due aux réflexes courts.

Les réflexes longs, au contraire, ont pour point de départ les divers points du tube digestif, œsophage, estomac et même intestin. Chez la femme, on peut aussi avoir de la sialorrhée, par suite de troubles utérins.

Mais ce phénomène réflexe suppose une voie centripète, une voie centrifuge, représentée par les nerfs qui se rendent aux glandes, enfin par des centres. Or, si on vient à interrompre cette communication par une section, on doit arriver à tarir cette sécrétion. C'est ce que M. Leriche a démontré pour le réflexe œsophago-salivaire chez ce malade atteint d'un néoplasme de l'œsophage.

CONCLUSIONS

I. — Le nerf auriculo-temporal est le nerf sécréteur de la parotide par l'intermédiaire de quelques fins rameaux naissant sur le tronc principal derrière le condyle du maxillaire.

II. — L'arrachement du bout central de l'auriculo-temporal arrache à coup sûr ces filets parotidiens et, par suite, amène l'arrêt complet de la sécrétion parotidienne.

III. — On peut appliquer l'arrachement du nerf et, par conséquent, l'énervation de la glande parotide dans les cas où l'on voudrait en tarir la sécrétion, c'est-à-dire, comme l'a montré M. Leriche :

a) Dans les fistules rebelles du canal de Sténon et dans les fistules glandulaires qui ont résisté à tout traitement ;

b) Dans les cas d'hypersalivations réflexes, consécutives aux affections de l'œsophage ;

c) Dans les aérophagies sialophagiques.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

M. VAILLAS.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 mars 1914.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGROT, la Section de l'auriculo-temporal (*Lyon chirurgical*, mars 1914).
- BAILLIF, *Chirurgie des fistules du canal de Sténon* (Thèse, Bordeaux, 1898-1899).
- BERNARD (Claude), *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*, 1858.
- CRUVEILHIER, Nerf temporal superficiel ou auriculo-temporal (*Anatomie*, 1874, 5^e édition).
- DECHAMBRE, article : Fistules salivaires du canal du sténon (*Dictionnaire de médecine*, n° 73).
- DELARUE, *Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires* (Thèse Paris, 1895-1896).
- DUVAL et GLEY, *Physiologie*.
- JACOUD, *Dictionnaire de médecine*.
- JUVARA, *Région ptérygo-maxillaire* (Thèse, Paris, 1894-1895).
- LANGLEY, le Sympathique contiendrait des fibres sécrétoires de la parotide chez le chien (*J. of phys.*, VIII).
- Le Sympathique contiendrait également des fibres sécrétoires (*J. of phys.*, 1889).
- LERICHE, Aérophagie (*Lyon chirurgical*, mars 1914).
- MORAT et DOYON, Fonctions d'innervation (*Physiologie*).
- MOUSSU, *Archives de physiologie*, 1890.
- POIRIER et CHARPY, les Nerfs (*Anatomie humaine*).
- ROUSSEAU, *Contribution à l'étude du traitement des fistules du canal de Sténon* (Thèse, Paris, 1908-1909).
- ROGER, *Alimentation et digestion*.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Le nerf auriculo-temporal. Son anatomie, sa physiologie.	11
CHAPITRE II. — Manière d'arracher et de réséquer l'auriculo-temporal	16
CHAPITRE III. — Les fistules du canal de Sténon. Leurs divers traitements. Application de l'arrachement de l'auriculo-temporal	18
CHAPITRE IV. — Application de la méthode de l'aérophagie.	33
CHAPITRE V. — Application de la méthode aux cas de salivation réflexe	38
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

